

9. Grassberger P., Procaccia I. Measuring the strangeness of strange attractors. *Physica 9D*, 1983. — P. 189—208.

10. Kanzler L. A Study of the Efficiency of the Foreign Exchange Market through Analysis of Ultra-High Frequency Data. University of Oxford, Bodleian Library. D.Phil. Thesis in Economics, 1998. — 310 p.

11. Силантьєв С. О. Дослідження показників Харста для деяких ринкових індексів // Наук. зб. «Вчені записки». — № 10. — К.: КНЕУ, 2008. — С. 127—133.

Статтю подано до редакції 25.03.09 р.

and similar papers at core.ac.uk

provided by Institutional Repository of Vadym Hetma

УДК 330.567.4:61

А. Є. Буряченко, канд. екон. наук, доц.,
ДВНЗ «КНЕУ імені Вадима Гетьмана»

ЕКОНОМІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПЕРЕДУМОВИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Досліджується наявний стан надання первинної медичної допомоги в Україні, розглядаються переваги та недоліки багатопрофільної медичної допомоги, обґрунтовується необхідність переходу до інституту лікаря загальної практики.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: первинна медична допомога, поліклінічна модель, лікар загальної практики, система винагород, залишковий принцип фінансування, управління якістю медико-санітарної допомоги, сімейна медицина.

Розвиток первинної медичної допомоги є одним із ключових напрямів підвищення доступності, якості та ефективності послуг системи охорони здоров'я. Загальний рівень доступності та якості медичної допомоги переважно визначається на амбулаторному етапі. Останніми роками в урядових, галузевих програмних документах, наукових працях відомих фахівців, що досліджують стан охорони здоров'я, неодноразово декларувалися завдання пріоритетного розвитку амбулаторно-поліклінічної допомоги в зіставленні зі стаціонарною і провадження реформ в організації первинної медичної допомоги. Головним напрямом такого рефор-

мування є розвиток інституту лікаря загальної практики, який повинен поступово замінити в наданні первинної медичної допомоги дільничних терапевтів і педіатрів і частково вузькопрофільованих фахівців у поліклініках.

Питання розвитку системи охорони здоров'я знаходять своє відображення як в урядових документах [1—3], так і наукових працях таких відомих фахівців, як З. Гладун [4], О. Бабич [5], Шевський В. І., Шишкін С. В. [6], С. Кондратюк [7], В. Лех, В. Рудий [8], І. Шевчук [9], Н. Ярош [10] та ін. Проте в цих документах і працях майже не приділяється уваги потребі вдосконалення системи первинної медичної допомоги в країні.

Мета даної статті — аналіз проблем розвитку первинної медичної допомоги щодо впровадження інституту лікаря загальної практики і визначення напрямів їх розв'язання.

Медична допомога, безперечно, має бути функціональною, тобто відповідати об'єктивній потребі й запиту пацієнта. Треба розширювати спектр медичних послуг, змішувати акценти в організації медичної допомоги, концентруючись на діагностиці та ранньому виявленні найпоширеніших захворювань на тій стадії, коли їх ще легко вилікувати і коли процес лікування не потребує великих моральних і матеріальних втрат.

Доступна і функціональна медична допомога має бути сучасною, якісною та ефективно організованою. Слід позбутися дублювання ланок, підвищувати фондовіддачу дорогого обладнання, збільшувати обсяги і підвищувати якість дешевої амбулаторної допомоги і згортати дорожчу стаціонарну допомогу.

Сфера медичної допомоги має бути ресурсно забезпеченою. Її фінансування має бути і достатнім, і адресним, стабільним і заздалегідь передбачуваним. Бюджет сфери медичної допомоги в цілому має бути прозорим, і тут найважливіше і найголовніше не те, яка сума грошей виділятиметься на галузь, а те, кому, скільки, коли і навіщо виділено ці фінансові ресурси.

Проголошені напрями реформування амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги в нашій країні передбачають розширення підготовки лікарів загальної практики і масштабне збільшення кількості таких практик, перетворення лікарів загальної практики в суб'єктів ухвалення економічних рішень про витрачання коштів на надання первинної і частково спеціалізованої медичної допомоги, перетворення (трансформація) поліклінік у консультаційно-діагностичні центри надання спеціалізованої допомоги за відповідними напрямами лікарів загальної практики.

Завдання ресурсного забезпечення розвитку первинної медичної допомоги слід розв'язувати в рамках Державної програми розвитку сімейної медицини. Утім до останнього часу темпи реформування первинної медичної допомоги були невисокі. Досі в країні у дільничній ланці лікарів набагато більше ніж лікарів загальної практики, причому в деяких адміністративно-територіальних одиницях таких фахівців або дуже мало, або їх взагалі немає.

Проте ідеї щодо розвитку інституту лікарів загальної практики піддаються нищівній критиці з боку частини лікарської спільноти, яка вважає його неадекватним реальним умовам надання медичної допомоги населенню нашої країни. Такий опір породжується поганою обізнаністю, боязню невідомого і небажанням будь-яких організаційних змін. Водночас є й реальні складнощі стосовно широкого заміщення дільничних служб лікарями загальної практики.

Слід зазначити, що бар'єри на шляху реформування первинної медичної допомоги майже не були предметом економічного аналізу. Наукові розробки фокусувалися на описі потенційних переваг упровадження інституту лікаря загальної практики і на підготовці пропозицій про економічні форми трансформації дільничної служби в систему надання первинної допомоги лікарями загальної практики. Не проводився аналіз адекватності урахування в стратегіях розвитку цього інституту бар'єрів, що перешкоджають цьому процесу, і реалістичних способів їх подолання.

Модель первинної медичної допомоги, що сьогодні використовується в Україні склалася ще за часів Радянського Союзу. Вона заснована на інституті масштабної багатопрофільної медичної допомоги і має, безумовно, чимало позитивних моментів:

- комплексність надання пацієнтам медичної допомоги в одній установі;
- професійна кооперація лікарів різних спеціальностей;
- можливість спільного використання лікарями медичної техніки і адміністративно-допоміжних служб;
- дільничний принцип надання медичної допомоги уможливорює нагляд дільничним лікарем за пацієнтом протягом відносно тривалого часу.

Проте інститут масштабної поліклініки в тому вигляді, в якому він діє в даний час, має низку істотних недоліків, котрі значною мірою нівелюють його переваги.

Жорстке територіальне закріплення, поряд з позитивними моментами, має й негативні наслідки, оскільки воно стримує фор-

мування ринкового середовища в охороні здоров'я. Велика поліклініка неминує перетворюється на локальну монополію, не залишає населенню права вибору й обмежує мотивацію персоналу до підвищення якості медичної допомоги.

Нагадаємо, у радянській системі охорони здоров'я декларувалося, що дільнична служба — це основна ланка системи надання медичної допомоги, яка є запорукою підвищення якості медичної допомоги в цілому. Проте курс на пріоритетний розвиток спеціалізованої допомоги в умовах загальної обмеженості ресурсів призвів до залишкового принципу фінансового, матеріально-технічного і кадрового забезпечення первинної ланки медичної допомоги в країні.

Посилення спеціалізації спричинило фрагментацію надання амбулаторно-поліклінічної допомоги. Дільничні лікарі і фахівці значною мірою втратили загальну стратегію і тактику нагляду за пацієнтом. Кожна ланка амбулаторної допомоги відповідає тільки за свою ділянку роботи, що відповідає конкретній галузі знань. За таких умов складно забезпечити раціональну координацію дій спеціалістів і спадкоємність у роботі кожної ланки, особливо щодо нагляду за пацієнтами з хронічними захворюваннями.

У моделі, що склалася, надання первинної медичної допомоги дорослому і дитячому населенню розділено. Дільничний терапевт відповідає за доросле населення, педіатр — за дітей до 18 років, акушер-гінеколог — за жінок населення за відповідним профілем захворювань. Практично немає взаємодії між дільничними терапевтами, педіатрами і акушерами-гінекологами в наданні медичної допомоги сім'ї в цілому. Дільничний лікар не координує лікувально-профілактичну роботу на своїй дільниці, не забезпечує постійного контролю стану пацієнта і його родини і фактично не несе відповідальності за обсяг і якість допомоги, що надається.

На нашу думку, низька довіра до первинної ланки медичної допомоги криється в самій системі її організації. І на сьогодні дільничний лікар обплутаний численними інструкціями, котрі рекомендують йому направляти своїх пацієнтів до вузьких фахівців з різких незначних і формальних приводів. Контролюючі органи, коли перевіряють роботу дільничного лікаря, основною причиною його помилок у діагностиці вважають не низьку кваліфікацію лікаря, а те, що він не направив хворого на консультацію до фахівця. У результаті дільничний лікар фактично для перестраховки направляє хворих до фахівця навіть тоді, коли знає, що в цьому немає потреби.

Вузька спеціалізація діяльності амбулаторної служби призвела до зниження ролі дільничних лікарів, котрі дедалі більшою мірою перекладають навантаження та відповідальність на фахівців. Дільничний лікар поступово перетворився на диспетчера, а в населення не стало лікаря, який піклувався би про його здоров'я. Фахівці ж здебільшого виконують роботу дільничних лікарів. Майже половина відвідувань вузькопрофільних фахівців — це безпосередньо звернення до них пацієнтів у обхід дільничного лікаря. Це фактично порушує безперервність нагляду за пацієнтами не тільки протягом їхнього життя, але й у процесі перебігу конкретного захворювання. Практично втрачено диспансерний метод у роботі дільничного лікаря. Крім того, до порушення принципу єдності і безперервності нагляду за пацієнтами призводить законодавчо встановлене право пацієнтів на вільне звернення не тільки до дільничного лікаря, а й до будь-якого лікаря і до будь-якої медичної установи. Через низький авторитет первинної ланки медичної допомоги та, природно, низьку інформованість пацієнтів щодо специфіки медичної допомоги це право уможливорює численні безсистемні звернення пацієнтів до різних установ та фахівців.

Однак, навіть фахівці з найвищою кваліфікацією не в змозі за короткий час контакту з пацієнтом, без попереднього і безперервного нагляду за ним як належить оцінити стан його здоров'я, а також економічні і соціальні чинники, що спричинили захворювання. Найчастіше їхній висновок зводиться до констатації відсутності патології за їх спеціальністю. Із цього моменту починається ходіння пацієнта до інших фахівців доти, доки він не натрапить на спеціаліста за його захворюванням. Результатом цих митарств є пізня діагностика, невчасне лікування, що провадиться без належного врахування супутніх станів, перехід захворювання у хронічну стадію, виникнення ускладнень тощо. При цьому знижується не тільки медична дієвість, а й, безумовно, економічна ефективність надання медичної допомоги. Зрозуміло, що в разі системного підходу до пацієнта всіх цих ускладнень можна було б уникнути.

До сказаного слід додати брак мотивації дільничного лікаря до профілактичної спрямованості своєї діяльності, до підвищення якості медичних послуг, ефективного використання як наявних у його розпорядженні ресурсів, так і ресурсів системи надання медичної допомоги в цілому. У його роботі немає орієнтації на планування власної діяльності і витрат на неї, а також на обсяг спеціалізованої допомоги для своїх пацієнтів. У результаті й ви-

никає потреба у великій кількості вузькопрофільних фахівців. Функціонування первинної ланки медичної допомоги в рамках поліклінічної моделі не забезпечує раціонального використання ресурсів охорони здоров'я. Відсутність економічної зацікавленості і конкуренції між окремими лікарями не забезпечує безперервності нагляду за пацієнтами.

За наявної системи первинної медичної допомоги дуже важко пов'язати оплату праці з обсягом і якістю праці кожного працівника. Медичний спеціаліст фактично є найнятим працівником і не має достатніх стимулів до розширення видів допомоги, що надаються пацієнтам. Свободу лікарів і підрозділів, що надають первинну медичну допомогу, обмежують організаційно-правові рамки, неможливість прямих договірних відносин з особою (як фізичною, так і юридичною), яка оплачує медичні послуги. Чинна система винагороди медичного персоналу первинної ланки (або твердий посадовий оклад, або кількість амбулаторних відвідувань) не враховує кінцевих результатів праці, не містить мотивів до якісного надання медичної допомоги й ефективного використання ресурсів (як у грошовому, так і в фізичному вимірі). На жаль, склалася згубна ситуація, яку можна виразити фразою: більше хворих — більше відвідувань — більша винагорода.

У сучасній системі амбулаторно-поліклінічної допомоги складно заохотити дільничних лікарів, успішна діяльність яких суттєво знижує кількість захворювань, їх ускладнень і загострень хронічних захворювань. Залишковий принцип фінансування разом з низьким престижем дільничного лікаря в суспільній свідомості і недостатньою привабливістю цих функцій для лікарів призводить до посилення диспропорцій у системі охорони здоров'я в цілому і до підвищення ролі дорогої спеціалізованої допомоги, перш за все стаціонарної.

Перелічені недоліки, ясна річ, перешкоджають реалізації таких найважливіших принципів надання первинної медичної допомоги, як профілактична спрямованість та цілісність підходу до пацієнта (лікування не хвороби, а хворого); урахування біологічних, екологічних, сімейних, виробничих та інших соціальних факторів, що впливають на пацієнта; загальна координація всього процесу надання пацієнтові медичної допомоги.

Вади поліклінічної моделі надання первинної медичної допомоги з часом призвели до виникнення цілої низки проблем у сфері надання первинної медичної допомоги, які набувають дедалі більш кризового характеру. Перш за все це — проблема кадрів. Зниження престижу дільничного лікаря в очах населення і медич-

ної громадськості спричинило різке несприйняття цієї професії молодими лікарями. Як наслідок, фахівці почали йти з посади лікаря дільничної служби. Середній вік дільничних лікарів невпинно зростає, багато з них передпенсійного і пенсійного віку. Часто проблема починає впирається навіть у якість медичної допомоги, а в можливість забезпечити елементарний прийом пацієнтів. Перевантаження дільничних лікарів (більшість із них працює на 1,5—2 ставки) знижує якість їхньої праці, систематичне підвищення їхньої кваліфікації стає вельми проблематичним.

У результаті за останні 17 років становище з профілактикою неінфекційних захворювань набуло загрозливого характеру. Про це свідчать показники смертності, що зростають, від серцево-судинних і онкологічних захворювань, отруєнь, травм тощо. Серйозною проблемою стали соціально обумовлені захворювання — алкоголізм, наркоманія, туберкульоз, віл-інфекція, а також захворювання, що передаються статевим шляхом.

Резюмуючи сказане, ще раз констатуємо, що вузька спеціалізація амбулаторної допомоги є відходом від основоположних принципів організації первинної медичної допомоги. Багато лікувально-профілактичних функцій, що притаманні роботі дільничного лікаря, передано іншим лікарям амбулаторно-поліклінічного сектору, що призвело до втрати спадкоємності в роботі дільничного лікаря й інших фахівців у визначенні індивідуальної тактики збереження здоров'я пацієнта. До того ж, як уже зазначалося, у роботі дільничних лікарів, розділених між терапевтичною, педіатричною і акушерсько-гінекологічною службами, не простежується сімейної орієнтації.

Тож стає очевидним, що вийти з кризи можна лише за допомогою принципової зміни моделі надання первинної медичної допомоги. Аналіз світового досвіду організації первинної медичної допомоги показує, що найбільш дієвою моделлю первинної медичної допомоги є інститут лікаря загальної практики. При цьому найефективніший такий його різновид, як сімейний лікар [6, с. 13—14].

Сімейна медицина — форма організації первинної медико-санітарної допомоги, що надається лікарем загальної практики (сімейним лікарем). Це забезпечує індивідуальний первинний і безперервний нагляд за окремими особами, сім'ями та населенням незалежно від віку, статі людини або виду захворювання і на цій основі — підвищення якості не тільки первинної медичної допомоги, але й усієї медичної допомоги загалом.

Створення груп лікарів загальної практики дозволить використовувати переваги загальної лікарської практики (наближення первинної медичної допомоги до населення, її профілактична спрямованість, безперервність і комплексність нагляду за пацієнтом, координація лікувально-діагностичного процесу на всіх його етапах) у поєднанні з перевагами поліклінічної моделі (збереження безперервності нагляду за пацієнтами за відсутності лікаря загальної практики, пов'язаними з відпусткою, навчанням, хворобою, взаємне консультування членів команди загальної лікарської практики).

Потрібно якнайшвидше зосередити увагу суспільства та органів управління всіх рівнів на поліпшенні стану здоров'я населення за допомогою вдосконалення та оптимізації долікарського його забезпечення, своєчасних та адекватних ранньої діагностики, виявлення та лікування захворювань. Для цього треба:

- розмежувати повноваження органів управління і закладів, що входять до мережі, керованої Міністерством охорони здоров'я України та іншими органами державного управління і місцевого самоврядування, стосовно первинного медико-санітарного забезпечення;
- запровадити систему державного сприяння поточних витрат закладу первинної медико-санітарної допомоги відповідно до рівня платоспроможності (дотаційності) місцевого бюджету;
- запровадити новітні методи управління в системі первинної медико-санітарної допомоги з поширенням їх на відносини з іншими рівнями і службами системи охорони здоров'я;
- застосувати економічні методи управління: управлінський облік та аналіз витрат у медичних закладах, сучасні методи аналізу в прийнятті управлінських рішень, фінансування від обсягу та якості роботи, управління якістю медико-санітарної допомоги, проєктний менеджмент тощо.

І насамкінець наголосимо, що зарубіжна практика свідчить, що чим вищі показники кількості сімейних лікарів щодо чисельності населення, тим нижчий рівень смертності, а також серцево-судинних і онкологічних захворювань, тимчасом як вищі показники кількості вузьких фахівців не сприяють зниженню рівня смертності та тяжких захворювань. Орієнтація ж на систему надання медичної допомоги, що ґрунтується на переважанні вузьких фахівців, поглиблює диспропорцію в її доступності для груп населення, що різняться за місцем проживання, рівнем доходів, освітою тощо [11].

Література

1. Постанова Кабінету Міністрів «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки» від 10.01.02 р. № 14. <http://www.moz.gov.ua/ua/>
2. Постанова Кабінету Міністрів України «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в системі охорони здоров'я» від 20.06.2000 р. № 989. <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=989-2000-%EF>
3. Послання Президента України до Верховної Ради України «Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002—2011 роки». <http://www.mfa.gov.ua/ua/publication/content/2994.htm>
4. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія / З. С. Гладун. — Тернопіль: Екон. думка, 2005. — 460 с.
5. Бабич О. Б. Аналіз підвищення доступності медичного обслуговування в Україні / О. Б. Бабич // Держава та регіон. Серія: Державне управління. — 2008. — № 3. — С. 5—9.
6. Шевский В. И., Шишкин С. В. Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы. — М.: ИЭПП, 2006. — 82 с.
7. Кондратюк С. Я. Фінансування медичних закладів держави з фонду обов'язкового державного соціального медичного страхування / С. Я. Кондратюк // Стратегія економічного розвитку України: наук. зб. — К., 2001. — Вип. 7. — С. 318—326.
8. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / За заг. ред. В. М. Леха, В. М. Рудого. — К.: Вид-во Раєвського, 2005. — 168 с.
9. Шевчук І. Б. Класифікація факторів формування регіонального ринку медичних послуг / І. Б. Шевчук // Формування ринкових відносин в Україні: зб. наук. праць. — 2008. — № 7—8. — С. 127—131.
10. Ярош Н. В. Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я України: монографія. / Н. В. Ярош. — К.: НАДУ, 2006. — 196 с.
11. Schieber G. and Maeda A. A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries. In: Innovations in Health Care Financing/Proceedings of a World Bank Conference. March 10—11, 1997.
12. Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе: анализ современных стратегий: [Пер. с англ.] — Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас. — М.: МЕДИЦИНА, 2000. — 432 с.
13. Конгстведт П. Р. Управление медицинской помощью. Практическое руководство: [Пер. с англ.] / П. Р. Конгстведт; под общ. ред. акад. РАМН О. П. Щепина. — М.: Медицина, 2000. — 743 с.
14. Mossialos E., Dixon A., Figueras J. eds. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care. — Buckingham: Open University Press, 2002.

Статтю подано до редакції 19.02.09 р.